

FACULTE DE MEDECINE

Discussion sur le Traitement
des
Avortements des quatre premiers mois

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 15 Décembre 1933

PAR

Georges STEFANESCU

Né le 4 Mai 1903 à Rucăr (Roumanie)

POUR OBTENIR le GRADE de DOCTEUR de l'UNIVERSITE (Mention Médecine)

Examineurs de la Thèse	{	MM. LAPEYRE, Professeur, Président COLL DE CARRERA, agrégé. MOURGUE-MOLINES, agrégé ROUX, agrégé.	}	assesseurs
---------------------------	---	--	---	------------

IMPRIMERIE MARI-LAVIT

1, Rue de Sauvages, 1
MONTPELLIER

1933

DISCUSSION
SUR LE TRAITEMENT DES AVORTEMENTS
DES QUATRE PREMIERS MOIS

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 9

FACULTE DE MEDECINE

Discussion sur le Traitement
des
Avortements des quatre premiers mois

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 15 Décembre 1933

PAR

Georges STEFANESCU

Né le 4 Mai 1903 à Rucăr (Roumanie)

POUR OBTENIR le GRADE de DOCTEUR de l'UNIVERSITE (Mention Médecine)

Examineurs
de la Thèse

MM. LAPEYRE, Professeur, Président
COLL DE CARRERA, agrégé.
MOURGUE-MOLINES, agrégé
ROUX, agrégé.

assesseurs

IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, Rue de Sauvages, 1
MONTPELLIER

1933

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	L. HEDON
Chimie biologique et médicale	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Botanique et histoire naturelle médicale	GALAVIELLE
Anatomie pathologique	GRYNFELT
Microbiologie	LISBONNE, asses.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	N...
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GIRAUD
Clinique médicale	VIRES
	RIMBAUD
Clinique chirurgicale	MASSABUAU
	RICHE
Clinique obstétricale	P. DELMAS
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, doyen
Clin. des mal. des enfants et hyg. du premier âge	LEENHARDT
Clinique de dermatosyphiligraphie	MARGAROT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU
Clinique gynécologique	LAPEYRE
Clinique ophtalmologique	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	TERRACOL
Matière médicale (Ch. de c.)	CABANNES
Radiologie (Ch. de c.)	LAMARQUE

Honorariat

Doyen honoraire : M. MAIRET

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, MAIRET, GRANEL, VALLOIS, FORGUE,
ESTOR et BERTIN-SANS

Chargés de Cours Complémentaires

Anatomie	MM. LAUX
Histologie	GRANEL
Pathologie expérimentale	PAGES
Pathologie médicale	PUECH
Pathologie externe	AIMES
Médecine opératoire	SOUBEIRAN, ag. libre.
Accouchements	COLL DE CARRERA
Clinique phthisiologique	GAUSSEL, prof.
Clinique propédeutique médicale	BOULET
Clinique des maladies contagieuses	JANBON

Agrégés en exercice

Chirurgie	MM. AIMES
	MOURGUES-MOLINES
	GUIBAL
	ROUX
Médecine	MM. BOULET
	PAGES
	PUECH
	JANBON
	BAUMEL
	VIDAL
Anatomie	LAUX
Chimie	N...
Obstétrique	COLL DE CARRERA
Histologie	GRANEL
Bactériologie	CARRERE



Examineurs (de la Thèse

MM. LAPEYRE, professeur, président	MM. MOURGUE-MOLINES, agrégé.
COLL DE CARRERA, agrégé.	ROUX, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

AUX MIENS ET A MES AMIS



A MON PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LAPEYRE

Toute ma reconnaissance.

A MON JURY DE THESE

A MES MAITRES MONTPELLIERAINS

ET BUCARESTOIS

INTRODUCTION

Je chercherai, dans ce travail, à montrer quelques-uns des défauts du curettage post-abortum dans les avortement des quatre premiers mois, et de montrer son indication précise. J'opposerai à celui-ci l'abstention, avec ses bienfaits et ses indications.

Avec le consentement de mon maître, M. le Professeur Lapeyre, j'essayerai d'exprimer ici, en me rapprochant, le plus possible, de leur réalité, quelques-unes de ses opinions sur cette question. J'en exposerai néanmoins, encore d'autres, qui lui sont étrangères, mais que j'ai cru pouvoir faire entrer dans le cadre de mon sujet.

Qu'il pardonne à ma timidité et à mon inexpérience d'apprenti, toute l'imperfection de ces pages.

La question de l'avortement est, dans tous les pays, de grande actualité. Elle est surtout brûlante dans les pays de vieille civilisation, où, d'un côté, les tares physiologiques acquises, par l'usure de la race, font avorter les femmes, d'un autre côté, les conditions économiques et la liberté des mœurs les déterminent à s'insurger, non sans courir au devant du désordre

physiologique et des déceptions morales, contre cette loi biologique inexorable pour elles, la maternité.

Les médecins ont le devoir d'empêcher, par tous les moyens, la diminution de la natalité par les avortements de se produire, d'autant plus de s'accroître. S'ils ne peuvent pas toujours agir en temps opportun pour que les avortements ne se produisent plus, toutes les fois qu'une femme en fausse-couche fait appel à leur secours, il est de leur devoir de savoir agir immédiatement, avec efficacité, afin de rendre entière à la société, une femme qui, autrement, aurait été vouée à la mort ou à la stérilité. Ce qui, au point de vue de la natalité, revient au même.

Regardant la question de ce côté, on comprend que l'effort de quiconque n'est pas inutile.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES AVORTEMENTS DES QUATRE PREMIERS MOIS

ETIOLOGIE

En ce qui nous concerne, il y a à distinguer deux grandes classes d'avortements : les avortements spontanés et les avortements provoqués.

AVORTEMENTS SPONTANES

A. — PAR DÉCLENCHEMENT DE LA CONTRACTION UTÉRINE *

I. — *Disproportion entre l'utérus et l'œuf* :

- a) œuf trop gros (grossesse gemellaire, hydramnios, etc.) ;
- b) utérus trop petit :
 - 1) d'une façon absolue (utérus infantile, bicorne, unicorne, etc.) ;
 - 2) d'une façon relative, par quelque chose qui le gêne dans son développement (lésion cicatricielle du segment inférieur, fibrome sous-muqueux, etc.).

- II. — *Traumatismes* : coïts trop fréquents, voyages, choc opératoire, etc.
- III. — *Douleur par voie réflexe* (VIGNES) : coliques hépatiques, néphrétiques, etc.).
- IV. — *Hyperthermie*.
- V. — *Substances chimiques* (toxiques ou médicamenteuses).

B. — PAR DÉCOLLEMENT DE L'ŒUF

- I. — *Insertion vicieuse du placenta*.
- II. — *Endométrite* :
 - a) Déciduale ;
 - b) Infectieuse.
- III. — *Troubles endocriniens* (insuffisance du corps jaune [?], hypophysaire, hyperovarie, insuffisance thyroïdienne [VIGNES]).

C. — PAR MORT DU FŒTUS

- I. — *Maladies infectieuses* :
 - a) Aiguës (fièvre typhoïde, etc.) ;
 - b) Chroniques (syphilis).
- II. — *Intoxications* :
 - a) Exogènes (Pb., Hg., alcool) ;
 - b) Autogènes (diabète, etc.).

D. — PAR A. B. C.

Causes qui nous échappent (environ 10 % des avortements).

J'ai exposé, peut-être trop schématiquement, les causes de l'avortement spontané. Mais, en parcourant ce tableau, on se rend compte, ainsi mon but est

atteint, que les causes qui engendrent l'avortement peuvent suffire, par elles-mêmes, à le parfaire sans complications, si on sait attendre, le médecin n'ayant à intervenir que rarement et secondairement.

AVORTEMENTS PROVOQUES CRIMINELS

Les femmes qui veulent se faire avorter n'osent pas, en général, surtout si c'est pour la première fois, faire des manœuvres locales, les plus sûres, mais aussi les plus effrayantes et réputées comme dangereuses.

Ainsi, elles sont amenées à commencer par les procédés les plus simples, pour arriver, passant par toute la gamme des procédés, aux manœuvres directes. Je les décrirai en peu de mots dans cet ordre, pour ainsi dire psychologique.

A. — MOYENS PRÉPARATOIRES

C'est par ceux-ci qu'on commence, au moment où on voit que la menstruation tarde à venir. Ils consistent en injections chaudes, pédiluves sinapisées, fatigue excessive, émissions sanguines par des sangsues sur l'abdomen ou la face interne des cuisses, etc.

B. — LES BREUVAGES

La plupart du temps, il s'agit de purgatifs drastiques (eau-de-vie allemande, sirop de nerprun, médecine noire, aloès, etc) ; puis des substances réputées comme abortives (rue, sabine, if, ergot de seigle, quinine, apiol, etc) ; des substances médicamenteuses ou toxiques (IK, cantharide, etc.) ; enfin, toute nouvelle, l'absorption ou les piqûres d'hormone folliculaire.

C. — MANŒUVRES MÉCANIQUES

I. — *Indirectes* : violences extérieures, traumatismes généraux, sauts, chutes, contraction prolongée du ventre avec une ceinture très serrée, coups sur l'abdomen, etc.

II. — *Directes* : sont celles qui intéressent le plus le médecin, car ce sont elles qui produisent, surtout, les accidents de l'avortement provoqué. Les femmes y arrivent vite, déçues par l'inefficacité des autres méthodes.

Elles consistent en : tamponnement du vagin ; dilatation du col par l'éponge préparée ou les laminaires ; l'introduction d'une sonde en caoutchouc, à demeure, dans la cavité utérine ; injections d'eau chaude ou de substances plus ou moins irritantes dans la cavité utérine, ce qui amène, souvent, la nécrose de la paroi ; décollement de l'œuf avec une sonde métallique ; enfin, ponction de la poche amniotique, avec un instrument piquant.

Tels sont, en peu de mots, quelques-uns des procédés directs mis en œuvre pour déclencher le travail d'avortement.

On conçoit le danger que courent les femmes qui les pratiquent. Presque toujours ignorantes de la disposition anatomique des organes, elles risquent de pénétrer, avec leur instrument, dans les culs-de-sac vaginaux, ainsi dans la vessie ou le rectum ; de perforer l'utérus. Ceci d'autant plus, quand les manœuvres ne sont pas faites sous le contrôle de la vue par le speculum, mais avec l'instrument guidé par deux doigts introduits dans le vagin. Si la perforation ne s'est pas produite, le second danger, qui est peut-être plus à craindre, l'infection, arrive bien souvent.

Ainsi, toute manœuvre intra-utérine, même accomplie sans dégâts anatomiques, doit commander l'intervention immédiate du médecin, pour empêcher l'infection, toujours en perspective

On voit que, si les méthodes se sont plus ou moins modernisées, elles ne font pas courir à la femme moins de risques que le procédé recommandé par HIPPOCRATE : « Prendre un rameau d'hellébore noir, long de six doigts, le rouler dans de la laine, en laissant l'extrémité nue, puis l'introduire aussi avant que possible ; quand elle est tachée de sang, la retirer ».

En dehors de ces manœuvres primitives, il y en a de scientifiques, pratiquées par des sages-femmes ou des médecins peu scrupuleux. Celles-ci ne font courir à la patiente que les risques habituels du curetage, accrus par le fait qu'elles sont pratiquées, la plupart du temps, en cachette, donc dans de mauvaises conditions d'asepsie et de technique.

Quand même, le praticien n'a que rarement à y intervenir.

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

Il est de la plus grande importance de faire un diagnostic étiologique exact, pour pouvoir exécuter une thérapeutique précoce et rationnelle.

Si l'avortement est la réaction de défense de l'utérus contre un œuf anormal, il ne reste pas moins pathologique (à moins d'être provoqué), de par sa cause, car il témoigne d'une lésion maternelle ou fœtale, empêchant la gestation de poursuivre son cours.

Le devoir du médecin s'étend donc plus loin qu'à donner les soins immédiats : il faut qu'il cherche les causes, pour les écarter, dans la mesure du possible, afin d'éviter l'avortement à répétition.

Le but de mon travail ne me permet pas de faire un diagnostic étiologique trop poussé.

Je distinguerai toujours les deux groupes :

a) L'AVORTEMENT PROVOQUÉ CRIMINEL. — Avec la syphilis, c'est la cause la plus fréquente des avortements. Il faut y penser toujours, dans tous les milieux et dans toutes les circonstances. Nombre de femmes, ne trouvant pas toujours un médecin marron ou une sage-

femme qui s'en occupe, essayent à elles seules ou avec l'aide d'une amie ou de l'homme intéressé, à se faire avorter. Comme très souvent elles ne peuvent par arriver à bout de leur besogne, le médecin a à intervenir, appelé par les néo-mathusiens d'occasion, effrayés devant l'hémorragie qu'ils ne peuvent pas arrêter, ou devant l'infection qui commence. Presque tous les jours des pareilles patientes sont internées d'urgence dans les cliniques de spécialité.

La conduite à tenir différant suivant qu'il s'agit d'un avortement provoqué criminel ou d'un avortement spontané, il faut chercher, minutieusement, à se rendre compte de la cause.

En sachant gagner la confiance de la femme qui, d'ailleurs, avoue parfois spontanément sa contribution directe au déclenchement de l'avortement, un interrogatoire adroitement mené permet, toujours, au moins, de deviner les manœuvres abortives. La nature et la qualité de ces manœuvres seront, presque toujours, indiquées par la femme, si on arrive à la faire comprendre que ce n'est pas par indiscrétion gratuite qu'on lui demande ces explications, mais que l'intervention à faire, et son succès, dépendant de sa réponse.

Au besoin, ce qui arrive rarement, on peut lui donner l'assurance que rien ne sera dévoilé, étant astreints à cela par le secret professionnel.

En dehors de cela, la probabilité de l'avortement provoqué criminel sera induite, comme dit le Docteur Ballard de Bordeaux, « de certaines tendances psychologiques qui n'échappent pas à un observateur averti ». Il y a beaucoup de chances que l'avortement soit provoqué chez une femme en situation maritale irrégulière, jeune fille ou veuve. Aussi chez les femmes mariées multipares, car celles-ci tolèrent plus

volontiers une première grossesse qu'une seconde, troisième, etc..., d'autant plus que les accouchements antérieurs font, plus ou moins, la preuve que la femme peut porter sa grossesse à terme. Donc, dans les ménages réguliers, l'avortement provoqué va mieux au point de vue psychologique, avec la multiparité.

La clinique, enfin peut, dans une bonne mesure nous aiguiller le diagnostic. Une hémorragie abondante d'emblée, fait remarqué déjà par BOISSARD, ainsi que la précocité et l'intensité des phénomènes infectieux, sont des signes de grande valeur. Fabre, de Lyon, faisait même, de tous les avortement infectés, des avortements criminels. S'il n'a, peut-être, pas entièrement raison, il ne faut pas moins craindre l'infection dans les avortements provoqués.

b) L'AVORTEMENT SPONTANÉ est celui qui se produit en dehors de toute manœuvre abortive ou ingestion de substances réputées comme telles, donc à l'insu de la femme, en ce qui concerne sa cause.

Par élimination, il faut considérer comme spontané, tout avortement en dehors de l'avortement thérapeutique et qui ne fait pas soupçonner l'intention criminelle.

Une fois sa vraisemblance admise, s'il s'est déjà effectué, au point de vue des soins immédiats, la cause exacte nous est indifférente, dans la plupart des cas. Il n'en est pas de même s'il ne s'est pas encore effectué, car on agira, suivant sa cause, de diverses façons pour l'arrêter, au moins en ce qui concerne les adjuvants thérapeutiques.

Enfin, pour la prophylaxie des avortements à répétition, il faut déterminer la cause la plus exactement possible, car la thérapeutique en découle.

On voit d'ici que, pour rester dans mon sujet, il est inutile d'aborder le vaste problème du diagnostic causal des avortements spontanés.

Je résume :

Il est de la plus haute importance de savoir, pour appliquer une thérapeutique immédiate utile, dans un cas d'avortement, si celui-ci est spontané ou criminellement provoqué. Il faut penser tout d'abord au criminel, car c'est lui qui demande une thérapeutique plus active et plus nécessaire.

On le dépistera par :

1° L'aveu spontané ou recherché de la femme ou d'un initié.

2° L'induction psychologique que fournit la situation régulière ou irrégulière (épouse, jeune fille, veuve) ; son rapport avec la primi et la multiparité.

3° L'induction clinique : hémorragie abondante d'emblée, précocité et intensité des phénomènes infectieux.

Si rien ne peut faire soupçonner l'avortement criminel, le considérer comme spontané.

Les cas imprécis, les classer, sans hésitation, parmi les provoqués et agir en conséquence.

DIAGNOSTIC CLINIQUE DE L'AVORTEMENT

Pour faire ce chapitre, j'ai largement puisé dans le « Fichier de pratique médicale », où M. le Professeur agrégé COLL DE CARRERA donne une magistrale mise au point.

Le diagnostic positif de l'avortement est, parfois, assez difficile, d'autant plus que la grossesse est plus jeune. En effet, dans le premier mois, surtout, l'avortement peut revêtir l'aspect de règles plus abondantes que d'habitude et douloureuses, sans que quelque chose d'absolu, la rencontre de l'œuf, nous fasse faire un diagnostic facile et précis. Ceci, d'autant plus que la femme méconnaît sa grossesse. Donc, la première question à nous poser, en face d'une femme chez laquelle on est en droit de soupçonner un avortement, est de savoir si elle est véritablement enceinte. Dans les avortements des quatre premiers mois, il y a à rechercher :

- 1° La date des dernières règles ;
- 2° Les signes sympathiques de la grossesse, qu'il est inutile d'énumérer ici, et leur rapport avec les phé-

nomènes pour lesquels on nous appelle. La diminution ou disparition subite de ces signes sympathiques, est un bon signe de mort du fœtus ;

3° L'examen de l'appareil génital où on constate l'augmentation de volume de l'utérus, le ramollissement du col, l'évasement du segment inférieur, etc...

Une fois le diagnostic de grossesse posé, douleurs et hémorragies étant les deux signes qui accompagnent toujours la grossesse ectopique, il faut rechercher celle-ci. La constatation, au toucher, à côté ou, plus souvent, en arrière d'un utérus avec les caractères physiques d'un utérus gravide de 1-2 mois, d'une masse d'une consistance rénitente, douloureuse au toucher, et séparée de cet utérus par un sillon toujours très net, tranchera le diagnostic hésitant.

Il faut penser aussi à la possibilité d'un œuf molaire, qui pourrait donner l'hémorragie et les douleurs. Rechercher donc les signes de la môle hydatiforme : pertes de sang noirâtre, signes sympathiques de grossesse très accentués, utérus plus grand que l'âge de la grossesse ne le demanderait ; de consistance pâteuse ; avec parfois, irrégularités de surface ; absence de tout signe fœtal ; enfin, malheureusement trop rarement, présence de vésicules pathognomoniques dans les caillots.

Toutes ces possibilités écartées, chez une femme enceinte, avec un œuf normal et implanté dans la muqueuse utérine, les douleurs abdomino-pelvienne et les hémorragies génitales peuvent être indépendantes de l'état de grossesse, et, partant, d'un avortement.

Les coliques néphrétiques, hépatiques, appendiculaires, intestinales, la torsion d'une tumeur abdominale peuvent engendrer la douleur. Une tumeur du

col, etc., peut engendrer l'hémorragie. Pour les éviter, il suffit d'y penser.

Une question importante pour la conduite à tenir, est de savoir si l'avortement s'est effectué ou non. Facile pour les grossesses avancées ou l'œuf, l'embryon ou les annexes ne peuvent plus passer inaperçus ; difficile pour les deux premiers mois. L'arrêt de l'hémorragie ne doit pas nous faire conclure que l'avortement est réalisé. Les seuls renseignements valables sont fournis par le col utérin : tant qu'il reste perméable, il y a encore quelque chose dans l'utérus.

En présence d'un avortement non effectué, il faut chercher à voir s'il est évitable. Lorsque l'œuf est dans le col utérin, ou lorsque les membranes sont rompues, l'avortement est inévitable. D'autant plus, il est presque inutile de le dire, lorsque le produit de conception est dans le vagin.

Enfin, et c'est cette question qui touche de près à mon sujet, savoir si l'avortement, une fois fait, s'est effectué complètement.

Au cours des deux premiers mois, l'œuf sort en entier, la caduque le suit rapidement sous forme de débris membraneux ou de moule de la cavité utérine, dans les quelques jours, avec les lochies. *La rétention est exceptionnelle*. Le bon sens nous commande donc l'expectative, si l'hémorragie, ou le fait que l'avortement a été provoqué par des manœuvres directes sur l'utérus, ne nous forcent pas la main.

Au cours des troisième et quatrième mois, classiquement six heures après l'embryon, les annexes doivent le suivre, autrement il y a rétention. Mais, c'est là « une limite minima », et *la rétention du placenta*, considérée, par les classiques, de règle, *ne devient plus qu'assez fréquente, si l'on impartit un délai assez*

long, vingt-quatre heures par exemple, aux possibilités d'expulsion spontanée » (LAPEYRE).

Dans l'avortement complet, l'utérus étant vide, le col se referme. Dans l'avortement incomplet, le col reste béant. La réponse est donnée donc par le toucher, qu'on peut pratiquer sans crainte, si l'avortement s'est effectué.

L'avortement incomplet peut encore se traduire par des accidents hémorragiques plus ou moins abondants suivant le degré de décollement placentaire ; aussi par des accidents infectieux, dus à l'exaltation de la flore microbienne vaginale, ou, le plus souvent, à un apport exogène.

Enfin, le placenta peut rester adhérent partout. Dans ce cas, il n'y a pas d'hémorragie et si l'infection ne se produit pas, le col peut se refermer, le placenta, bien nourri, s'organise, devient une véritable tumeur bénigne, la placentome bénin. Dans les deux premiers mois, la rétention de la caduque est exceptionnelle.

L'examen anatomo-pathologique des débris peut être d'un aide quelconque dans l'établissement du diagnostic d'avortement complet. Mais, fréquemment, en raison des hémorragies interstitielles dans les membranes ovulaires, les pièces ne se présentent pas avec une netteté suffisante pour qu'il soit facile d'en reconnaître tous les détails.

Parfois même, l'œuf est expulsé par morceaux et il est difficile de le reconstituer ; si bien que, de l'examen des débris, il est souvent impossible d'acquérir la certitude qu'il n'y a pas de rétention.

Pour schématiser, voici, en ordre, les questions à élucider devant une femme chez laquelle on suppose un avortement.

- a) S'il s'agit d'une femme enceinte.
- b) Si la grossesse est utérine ou ectopique.
- c) Avec une grossesse utérine, si l'œuf est normal ou molaire.
- d) Si la douleur et l'hémorragie ne sont pas indépendantes de l'état de grossesse.
- e) En présence d'un avortement, s'il est effectué ou non.
- f) En présence d'un avortement non effectué, s'il est encore évitable.
- g) En présence d'un avortement effectué, s'il est complet ou non.

La conduite à tenir variera suivant chaque réponse.

STATISTIQUE SUR LES ŒUFS EXPULSES ENTIERS

J'ai recueilli les renseignements donnés par Henri PIGEAUD, dans sa thèse inaugurale sur 105 œufs humains expulsés entiers à divers âges. J'ai calculé l'âge de chacun de ces œufs d'après la longueur de l'embryon, corroborée avec le diamètre et le poids total de l'œuf, me servant des indications données sur ces dates par F. TOURNEUX, dans son « Précis d'embryologie », et par J. VIGNOLI. J'ai trouvé :

Jusqu'à 1 mois et demi	21 œufs
Entre un mois et demi et trois mois	52 œufs
Entre trois et quatre mois	28 œufs
Entre quatre et cinq mois	4 œufs
Après cinq mois	0 œuf

Total : 105 œufs

Comme on le voit d'après ce tableau, jusqu'à un mois et demi, le nombre est réduit. Cela s'explique par le fait que l'œuf étant de très faibles dimensions (diamètre 0,9 cm. à 15 jours, 2,5 cm. à la fin du premier mois, 3 cm. à un mois et demi), peut passer ina-

perçu dans un caillot, d'autant plus que la femme, ne croyant qu'à un retard de règles, ne se surveille pas et que l'hémorragie est importante.

Ce nombre va en croissant jusqu'à trois mois, avec un maximum à 63 jours, pour diminuer rapidement et arriver à zéro après quatre mois et demi. En effet, à partir de cette date, l'avortement n'est autre chose qu'un accouchement en miniature, avec ses temps, l'expulsion d'un œuf entier n'étant que tout à fait exceptionnelle.

On pourrait dire que cette statistique est incomplète pour deux motifs :

1° Elle n'indique pas le rapport d'œufs entiers par nombre d'avortements.

2° On peut considérer l'œuf entier tant que l'amnios est intact, or, avec un amnios intact, des fragments de chorion ou de placenta peuvent rester dans l'utérus.

Mais :

1° Le quotient des œufs expulsés entiers avant le quatrième mois, étant de presque la totalité des cas, 97 %, donc majorité absolue, l'interprétation que je lui ai donnée peut subsister.

2° En ce qui concerne l'état des annexes fœtales, sur les œufs observés, la situation était la suivante : 51 œufs complets, possédant la caduque intacte, tant ovulaire qu'utérine, donc avortements complets dans un seul temps. Cette intégrité de la caduque a été vérifiée par l'examen microscopique. 21 œufs avec caduque incomplète ; 15 œufs dépourvus de caduque, mais avec chorion intact ; 7 dépourvus de caduque, avec chorion incomplet, non pas par rétention dans l'utérus, mais par manque de celui-ci (œufs amniotiques extra-choriaux de BOISSARD et POULIOT).

Donc, un total de 94 œufs, sur 105, qui ne pouvaient pas donner des accidents de rétention et qui ne nécessitaient pas, de ce fait, une intervention. Il ne reste plus que 11 œufs sur 105, qui auraient nécessité une intervention pour rétention de particules de membranes ou de placenta. Encore y a-t-il lieu de réduire ce nombre, par le fait que l'examen a pu indiquer un manque d'intégrité des membranes dû aux manipulations multiples et à la conservation des pièces avant cet examen.

En dehors de cela, rien ne dit que ces 11 œufs n'auraient pas été suivis de l'expulsion spontanée des fragments d'annexes restés temporairement dans l'utérus.

Il résulte que, jusqu'à quatre mois, la fréquence de l'évacuation de l'œuf entier est assez grande, soit de 97 %, ne restant plus que de 3 % pour ceux d'après quatre mois.

On entrevoit de cette petite statistique, l'inutilité du curettage dans les avortements ayant moins de quatre mois et qui sont purs (j'entends par pur, tous les avortements non criminels), la nécessité de celui-ci, une fois les quatre mois passés.

PRONOSTIC

« L'avortement est la réaction de défense de l'organisme maternel, contre un œuf anormal ou devenu anormal et dont l'utérus se débarrasse » (LAPEYRE).

Il ne faut donc pas assimiler l'avortement en entier à un processus pathologique. Rien que sa cause est pathologique, l'avortement, en lui-même, reste un acte physiologique de défense organique, se faisant, quelle qu'en fût la cause, par la même mise en jeu des contractions utérines physiologiques, qui traduisent cette défense (LAPEYRE).

Cette conception est bien en accord avec la tradition vitaliste de l'Ecole Montpelliéraine.

Regardant la question de ce point de vue, on conçoit que, normalement, l'avortement ne doit pas comporter un pronostic fâcheux. Si les choses se poursuivent normalement et si l'avortement est spontané, le pronostic est même très bon.

Il n'en est pas de même pour les avortements provoqués criminels. Des complications apparaissent, notamment l'infection, contre laquelle on n'a pas toujours les mêmes succès thérapeutiques que contre

l'autre grande complication : l'hémorragie. En effet, l'infection peut amener :

a) La mort, d'après NOBLE et MAYGRIER, dans 0,57% des cas pour les avortements spontanés ; dans 56,81 % des cas pour les avortements provoqués criminels. Cette statistique concorde avec celle de COMMANDEUR, qui note dix cas de mort sur dix-sept fausses-couches provoquées. On voit d'ici, encore une fois, le grand intérêt qu'on a de dépister les avortements provoqués et d'intervenir d'une manière aussi efficace que précoce, car, d'après ESCANDE, la mortalité s'accroît pour arriver à 66 % dans les cas où on n'intervient pas trois jours après l'avortement.

b) Des sérieuses maladies locales, telles que métrites, annexites, cellulites pelviennes, pelvi-péritonites, guettent la grande majorité des femmes qui avortent de leur propre gré.

c) De longues suites de couches fébriles les obligent à un séjour prolongé à l'hôpital.

d) Enfin, l'incapacité fonctionnelle ultérieure s'observe dans nombre de cas.

e) Notons encore le pronostic horriblement fâcheux des perforations utérines produites par les manœuvres brutales de provocation.

Le pronostic est aussi fonction de l'âge de la grossesse. Si, au point de vue statistique, il est plus fâcheux dans les deux-trois premiers mois, parce que la fréquence des avortements à cette période apporte le chiffre brut le plus élevé des complications, il ne reste pas moins vrai que, pour un cas donné, il est plus grave si la grossesse est plus avancée.

Quel que soit l'âge de la grossesse, c'est toujours la rétention qui commande le pronostic. Elle est très

fréquente, mais, pas la règle, si on sait attendre l'évacuation spontanée, bien entendu, pas pour les avortements provoqués.

Le pronostic de l'avortement, en général, d'après ce que je viens d'exposer, serait très grave.

Regardant les choses impartiellement, et faisant entrer en ligne de compte tous les facteurs, on doit atténuer un peu ce pronostic.

En réalité, les médecins ne peuvent faire des statistiques que sur les avortements qu'ils voient, or, ils voient justement les cas qui, par une évolution anormale demandent leur intervention. Il faut compter sur au moins encore autant d'avortements qu'ils ignorent, car, ayant évolué sans aucune complication, ils n'ont pas nécessité leur intervention. Cette affirmation est surtout valable pour les avortements spontanés et de 0 à un mois et demi

En vérité, beaucoup de femmes, surtout des jeunes mariées, du fait de l'abus du coït et des fatigues du voyage de noces, ont vu leurs règles retardées de deux ou trois semaines et plus, suivies d'une menstruation plus abondante que d'habitude et douloureuse, qui n'était autre que l'avortement jeune.

L'avortement est encore atténué dans sa gravité par la précocité et l'efficacité de la thérapeutique.

En tout cas, l'avortement doit être considéré comme un événement assez sérieux, auquel il faut faire bien attention.

Cliniquement, le pronostic de l'avortement sera établi sur :

1° L'étiologie : spontané ou provoqué, avec une note lourdement aggravante pour le dernier ;

2° La nature et la qualité des manœuvres abortives ;

3° La présence des complications, notamment l'infection et la perforation utérine ;

4° La précocité et la qualité du secours médical ;

5° L'âge de la grossesse qui commande la rétention. Plus l'âge est avancé, plus elle est à craindre, avec tous les ennuis qu'elle cause ;

6° L'état de résistance de la femme, qui est en rapport aussi avec les phénomènes de l'avortement. A ce point de vue, la forte spoliation sanguine est d'un mauvais pronostic.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT

Je commencerai ce chapitre, le plus important, par le schéma classique du traitement de l'avortement, pour discuter chaque question qui se pose.

Il y a lieu de considérer trois cas différents dans lesquels on a à soigner une femme pour avortement :

- I. En présence de menaces d'avortement.
- II. Au cours de l'avortement.
- III. Après l'avortement.

Dans tous ces cas il y a une multitude de conditions qui commandent le traitement ; aussi, peu de notions sont demeurées classiques pour chacun de ces cas.

Les deux premiers ne nous intéressent guère. J'exposerai, seulement, ce qu'il y a à faire classiquement :

III. == APRES L'AVORTEMENT

Il peut être complet ou incomplet.

a) IL EST COMPLET :

1) *Tout est normal*, la femme ne souffre pas, ne perd qu'un peu de lochies ; le pouls est bon ; la température, au voisinage de 37 degrés. Dans ce cas : abstention ; ou tout au plus une injection vaginale matin et soir.

2) *Il y a une complication :*

a) *Hémorragie.* — Celle-ci commande la révision de la cavité utérine, avec le doigt, pour se rendre compte que rien n'y reste plus, suivie d'un badigeonnage à la teinture d'iode et d'une piqûre d'ergotine si l'utérus est vide. Si l'hémorragie continue : tamponnement utéro-vaginal à la gaze stérilisée qu'on retire après 12 heures.

b) *Infection.* — Curage digital suivi d'iodage de la cavité utérine, dans le cas où le col est perméable. Si non considérer l'utérus comme vide et dans ce cas, la thérapeutique intra-utérine n'a plus de raison.

c) *Perforation.* — L'intervention d'urgence s'impose.

b) IL EST INCOMPLET :

Quand il y a rétention placentaire, avec ou sans accidents (hémorragies ou infection), il faut intervenir. Deux cas à envisager :

1) *Placenta entièrement décollé* flottant dans la cavité utérine : l'extraire par extraction abdominale et vaginale (BUDIN), ou en le saisissant avec la pince mou-

chette de Bonnaire. Tout ceci suivi de la révision de la cavité utérine.

2) *Placenta adhérent* en totalité ou en partie : faire curage digital suivi d'écouvillonnage à la compresse, ou curettage instrumental.

Telles sont, en résumé, les indications qu'on trouve dans les manuels qui sont tombés sous notre vue.

La question de l'intervention active après l'avortement a été, surtout dans ces dernières, âprement agitée. L'accord est parfait en ce qui concerne la conduite après l'avortement complet. Les controverses s'élèvent quand il s'agit de quelque chose qui reste encore dans l'utérus. D'un côté, les interventionnistes systématiques qui ne laissent plus rien aux forces naturelles et qui accomplissent artificiellement l'avortement ; d'un autre côté, les abstentionnistes qui laissent l'avortement s'effectuer tout seul, notamment l'expulsion de la caduque. Je passerai en revue l'une et l'autre méthodes, montrant les avantages et les inconvénients de chacune d'elles.

Le fait de pénétrer dans l'utérus avec un instrument est toujours une question assez sérieuse ; aussi faut-il peser le pour et le contre avant de l'entreprendre. En effet, pour légitimer le principe de la révision systématique de la cavité utérine après l'avortement il faudrait admettre :

a) Ou bien que le curettage constitue une manœuvre d'exécution facile qui ne fait courir à la femme aucun risque et dont l'emploi doit se généraliser (LAPEYRE) ;

b) Ou bien que l'évacuation de l'utérus ne peut jamais être complète spontanément, que les complications sont la règle et que le processus pathologique qui aboutit à l'avortement ne peut, naturellement, être

suivi de la restauration fonctionnelle de l'utérus (LAPEYRE).

A. == SUR L'INOCUITE DU CURETTAGE

L'inocuité du curettage est très loin d'être une vérité. Dans un utérus gravide, il n'est pas exempt d'inconvénients et de dangers que j'essayerai à mettre ici en relief. J'envisagerai : l'exploration préalable, la dilatation du col, le curettage proprement dit, les conséquences du curettage.

I. — EXPLORATION PREALABLE.

Dès ce moment le curettage peut être dangereux. En effet, avec l'hystéromètre on peut perforer la paroi utérine de la façon suivante : le trajet de la perforation commence très bas, au niveau de l'isthme, puis il chemine très obliquement à travers la paroi utérine antérieure sur 5 ou 6 centimètres, pour ressortir finalement au voisinage du fond, tout cela à la faveur de la mollesse du tissu utérin qui a subi l'imbibition gravidique. Ainsi, la perforation se fait « en douceur » sans qu'on le sente, comme le déclare le D^r Gueullette ; car l'hystéromètre n'aborde à aucun moment la paroi utérine perpendiculairement, pour donner à la main la sensation tactile d'un obstacle brusquement traversé.

Ce mode de perforation oblique reconnaît deux causes : d'une part la fixation de l'utérus en anté ou rétroflexion telle que la pince de Museux, qui attire le col, ne permet pas à l'organe de s'orienter comme il arrive normalement, dans un axe rectiligne ; d'autre part,

l'étroitesse de l'isthme qui est fréquente lors des curettages dans les premiers mois de grossesse.

Cette perforation, tout en étant assez grave, demeure parmi les moins dangereuses et peut guérir sans intervention chirurgicale.

II. — DILATATION DU COL

a) AVEC DES LAMINAIRES. —

L'inconvénient et l'avantage le plus grand de la méthode est sa lenteur d'action. Si la libre pratique de l'utérus est obtenue par le moyen le plus doux, sans crainte de rupture isthmique, elle nécessite cependant un délai qui varie de six à vingt-quatre heures. Pendant ce temps l'état grave, et c'est le cas le plus fréquent, de la femme, qui exige le curettage, a tout le temps de s'empirer, voire même de devenir désespéré.

La seconde critique vise le fait que la laminaire obstrue complètement le col. Dans la cavité close, ainsi créée, les germes microbiens acquièrent une virulence particulièrement exaltée.

Pour éviter cela, on a imaginé des lamineires fenêtrées, mais les sécrétions utérines ont vite raison de ces petits trous.

La seule méthode de dilatation du col par les lamineires qui me paraît acceptable est celle préconisée par le Docteur METZGER. C'est le procédé de dilatation à l'aide d'un faisceau de lamineires. Cet auteur applique cette méthode à tous les avortements avec col fermé quelque que soit le degré d'infection utérine. A l'appui de cette manière de voir, voici une observation typique rapportée par METZGER à la Société de Gynécologie et Obstétrique de Paris (1932, page 264).

OBSERVATION. —

Femme de 24 ans, tétrageste, entre à la Maternité pour une fausse couche de 2 mois et demi. A la suite d'une « chute dans les escaliers », elle se mit à saigner abondamment. Deux jours après, elle a eu de la température avec frissonnements répétés, des douleurs abdominales et des pertes de sang rouge fétide.

A son entrée, femme pâle, anxieuse, avec pouls accéléré et température à 40 degrés 2. Au toucher : col long, à peine perméable, corps volumineux, mou, douloureux. Le doigt ramène une sérosité purulente et sanguinolente extrêmement fétide. On met un faisceau de lamineaires numéro 12, 14 et 16, qui pénètrent assez difficilement. Glace sur le ventre. Le lendemain matin la température est tombée à 37 degrés 2. On pratique l'évacuation de l'utérus, car le col est moins long, largement perméable. L'exploration de la cavité montre qu'il reste une masse placentaire assez volumineuse. On en enlève une partie avec le doigt et certains débris qui étaient restés adhérents à la face antérieure sont retirés à la curette mousse. Suites absolument apyrétiques.

Cette observation démontre bien les avantages de la méthode :

1° Elle permet une ouverture du col, largement suffisante pour pouvoir s'assurer de la vacuité utérine, après évacuation à la curette ou au doigt, ceci, sans traumatiser le col.

2° Le faisceau de laminaire détermine, en outre, un drainage de la cavité utérine suffisant pour assurer la diminution notable des phénomènes infectieux, et pour provoquer ainsi une chute considérable de la température.

b) AVEC DES BOUGIES DE HÉGAR.

Si la dilatation est ici rapidement obtenue, elle n'en est pas moins brutale et, de ce fait, traumatisante. Or, il y a danger grave à forcer l'orifice interne du col. Cependant, on y est amené souvent, surtout dans les premiers mois, où le col se referme vite derrière un œuf qui, petit, l'a peu dilaté.

En effet, le frottement sur la bougie devient rapidement dur. Si on continue, parfois même sans aucune brutalité, la résistance cesse assez brusquement ; du sang rouge jaillit en nappe.

Glissant à ce moment le doigt dans le col, on le trouve fissuré ; il existe à son niveau une rainure plus ou moins longue, qui a brisé l'anneau de l'orifice interne. Cet éclatement isthmique arrive, surtout, quand on dilate avec des bougies plus grosses que le n° 14. Il est, dans les curettages des premiers mois de grossesse, comme accident, l'homologue de la perforation du fond utérin, dans les curettages plus tardifs.

Il peut être complet et avoir comme conséquence une collection sanguine dans le paramètre, ou des troubles encore plus inquiétants. Dans certains cas, il peut n'y avoir qu'une fissure incomplète, qui se traduit à l'extérieur par une hémorragie d'abondance variable et qui n'est pas grave, du moins momentanément, si on sait s'arrêter à temps.

Mais des suites fâcheuses peuvent avoir lieu, même après une fissure des plus anodines, qui guérit bien. La femme, redevenant enceinte, risque, à terme, de faire une rupture utérine en rouvrant la fissure produite lors du dernier curettage ; car cette lésion siège au point d'élection de la déchirure du segment inférieur au cours du travail. Ce fait est d'autant plus

dangereux que l'accoucheur n'est pas averti, et, plus encore, ne peut même être averti, car la fissure ayant été minime, passa inaperçue, ignorée au moment du curettage. Ainsi METZGER affirme avoir fait le diagnostic rétrospectif de curettage chez des accouchées spontanément, dans son service de la Maternité de Tenon, par la rupture du segment inférieur.

Pour éviter l'éclatement isthmique, il est sage, comme le conseille A. SCHWAAB, de ne pas essayer de dépasser le n° 14 dans les utérus des deux premiers mois, le n° 18, dans les utérus de cinq mois, ou de s'arrêter sitôt que le frottement devient un peu dur.

Toujours avec des bougies de HÉGAR, on peut, en dehors de l'éclatement de l'isthme, déterminer des perforations utérines, surtout si la bougie est un peu pointue, comme on en trouve certains modèles, et, si l'orifice du col est un peu serré. En effet, le col, dans ce cas, après avoir opposé une certaine résistance, peut céder subitement ; la main de l'opérateur, qui ne s'y attendait pas, ou n'était pas très expérimentée, pousse la bougie, avec force, contre une des parois de l'utérus, qui est ainsi perforé. Dans cette éventualité, la perforation est, en général, petite, parfois véritable ponction de l'utérus, produite par une bougie fine, comme nous avons déjà vu pour l'hystéromètre.

Pour éviter cet accident, il faut employer des bougies à pointes très mousses ; il faut opérer avec beaucoup de prudence et de douceur.

Malheureusement ces mesures ne suffisent pas toujours, et l'utérus se trouve perforé de cette façon aussi.

Il ne faut pas, pour cela, proscrire la dilatation avec les bougies de HÉGAR, mais ne l'utiliser que dans des cas très urgents, telles : la rétention hyperseptique

ou l'hémorragie grave continuée depuis longtemps et rebelle.

c) AVEC LES DILATATEURS :

Ceux-ci, qu'ils soient de Siredey, Sirius, Pichevin, Ceux-ci, qu'ils soient de Siredey, Sims, Pichevin, tre pour qu'on puisse songer à s'en servir.

Il y a donc danger grave à perforer l'orifice interne du col. Si les accidents ne sont pas fréquents, c'est que beaucoup de cols sont déjà un peu dilatés ou plus facilement dilatables, du fait du travail d'avortement amorcé. En tout cas, la dilatation par faisceau de lamineaires reste l'idéal.

III. — CURETTAGE PROPREMENT DIT

Il est brutal et aveugle : deux grands inconvénients qui entraînent une multitude de cas malheureux qu'on ne peut éviter.

a) PAR SA BRUTALITÉ.

Entraîne souvent des accidents très sérieux. Ainsi :

1° *La perforation utérine*, une des complications, les plus graves du curetage, car, elle n'est, en réalité, autre chose qu'une plaie pénétrante de l'abdomen, à travers un utérus plus ou moins infecté (P. BROCC).

En effet, elle est plus facile à se produire, surtout dans les utérus infectés, avec frisson, fièvre à 40°, écoulement sanieux, présence de streptocoques, du fait de la grande mollesse acquise par la paroi utérine. Une perforation, à ce moment, équivaut à un ensemencement péritonéal avec culture d'une virulence extrême. Un drainage de la cavité utérine par faisceau de lamineaires pourrait éviter cette complication per-

mettant de temporiser et d'opérer dans des conditions meilleures, comme l'on a vu dans le cas de METZGER, cité plus haut.

La gravité de la perforation est d'autant plus grande, qu'elle peut se produire même entre des mains exercées et prudentes. Le cas du docteur ARRIBAT, de Béziers, rapporté à la Réunion Obstétricale et Gynécologique de Montpellier, me paraît assez démonstratif.

OBSERVATION. — Mme B., 28 ans, est examinée pour un avortement de deux mois et demi, qui datait de quelques jours. On décide un curettage, qu'on pratique sous anesthésie générale, prudemment, avec une curette mousse. A un moment donné, l'opérateur a la sensation nette de curette libre, qui s'enfonce à volonté. Il pense à une perforation utérine, confirmée par un toucher au doigt nu. L'hystérectomie vaginale est décidée et pratiquée sur le champ. Suites normales. Guérison.

Un autre exemple est fourni par le cas arrivé dans le service du Professeur LEJARS, et rapporté par P. SÉJOURNET à la Société d'Obstétrique et Gynécologique de Paris (1932, page 176).

OBSERVATION. — Mme X, 34 ans, enceinte de deux mois, commence à perdre du sang avec des caillots. Apyrexie complète, pas de trace d'infection. On juge utile de faire un curettage. Celui-ci est pratiqué le matin, sous anesthésie générale. Injection intra-utérine après l'intervention. Rien d'anormal au cours des manœuvres. Quelques heures après l'intervention, la malade se plaint de douleurs abdominales violentes, avec sensation de barre épigastrique et dyspnée progressive.

Le diagnostic de perforation utérine probable est posé. A l'examen, on voit un abdomen distendu, ballonné, douloureux. Contracture droite. Nausées et hoquets, température à 38°, pouls 130-140. Etat général grave. Localement, col gros, l'orifice dilaté admet l'index, corps en antéflexion du volume du poing. Les culs-de-sac vaginaux latéraux et postérieur sont douloureux. L'intervention d'urgence est décidée.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule une importante quantité de liquide, couleur bouillon sale. A la face postérieure de l'utérus, au niveau de la corne gauche, perforation à bords déchiquetés de 4-5 mm., par où pénètre une sonde exploratrice. Hystérectomie subtotale. Micolicz. Suites opératoires simples, guérison.

J'ai exposé ces observations, in-extenso, pour montrer le tableau dramatique que peu parfois prendre la suite du curettage.

La parole de LÉCÈNE reste donc vraie : « Quel est le chirurgien auquel il n'est arrivé, au moins une fois, de perforer l'utérus au cours du curettage ? ».

En effet, si la perforation utérine est imputable quelquefois à la violence d'un opérateur maladroit, elle se produit aussi, dans certains cas, entre des mains exercées et habiles, comme nous avons vu plus haut. Voici maintenant les causes qui facilitent la production de la perforation utérine :

a) *La mollesse de la paroi utérine*, d'autant plus grande que la grossesse est plus avancée, l'imbibition gravidique s'accroissant avec l'âge de la grossesse. Dans une paroi molle « comme du beurre », la curette peut s'enfoncer avec une facilité extraordinaire, en rapport direct avec la maladresse de l'opérateur.

b) *La facilité de dissociation des fibres musculaires* est très grande. Du fait de l'hypertrophie et de l'hyperplasie du muscle utérin, les fibres musculaires se trouvent écartées les unes des autres, suffisamment pour que la curette s'y engage et arrive sous le péritoine qu'il est facile de perforer. La pénétration de la curette dans l'abdomen peut même se faire exclusivement à la faveur de cette dissociation musculaire.

c) *Existence de dilatation sacciforme de l'utérus.* C'est une possibilité qui ne paraît pas très rare. Elle est doublement dangereuse, car :

1) La paroi utérine est amincie à son niveau ;

2) Si petite qu'elle soit, le bout de la curette peut y pénétrer.

Comme on voit, deux excellentes conditions pour perforer l'utérus.

d) *Fissures antérieures* au curettage par un instrument quelconque. Le risque de perforer l'utérus est, ici, moindre, car la fissure est, en quelque sorte, effacée par l'élasticité du muscle utérin.

e) *Dilatation insuffisante du col.* C'est peut-être la cause la plus importante de perforation utérine. L'attention a été attirée sur ce fait, par A. SCHWAAB. Le col n'étant pas assez dilaté, on risque, ou bien une échappée de la curette lorsqu'on veut forcer brusquement ce col, ou bien l'instrument ayant pénétré dans le corps de l'organe, mais enserré dans le col, donne des sensations peu nettes à la main, qui le dirige et dont la sensibilité est, ainsi, émoussée. Ainsi, la paroi utérine est traversée en un point faible, souvent vers une corne, sans que l'opérateur s'en soit rendu compte ou puisse arrêter à temps son geste.

Le siège d'élection des perforations utérines est :

1) Au niveau de l'union du corps avec le col, sur la paroi opposée à l'angle de flexion de l'utérus, lorsqu'il est fléchi ;

2° Sur le fond de l'organe, surtout au niveau des cornes ;

3° Dans n'importe quel endroit où l'opérateur croit sentir quelques débris et y insiste.

Les perforations peuvent être de dimensions variables, aussi de gravité variable.

La question des perforations utérines a été soulevée récemment à la Soc. d'Obs. et Gyn. de Paris, à la fin 1931, par A. Basset.

En suivant les débats de cette Société pendant toute l'année 1932, on arrive à la conclusion que les perforations ne sont pas du tout rares, quand on entend des chirurgiens éminents avouer, tous, en avoir à leur actif. Ainsi FERRARI présente sept cas (2 fois avec la curette, 4 fois avec la bougie de Hégar, dont trois éclatements de l'isthme, une fois avec le doigt, dans un curage digital post-partum) ; R. GUEULLETTE aussi sept cas ; A. BASSET, cinq cas ; LE LORIER, quatre cas ; DOUAY, quatre cas ; PETIT-DUTAILLIS, trois cas ; MANGÉ, deux cas dans la même année ; BROCC, deux ; J. L. FAURE, un ; SIREDEY, un cas.

L'existence de la perforation utérine est des plus importantes à connaître, car, du diagnostic exact, dépend la thérapeutique à appliquer. Ainsi, il faut éliminer une grande cause d'erreur, la fausse perforation utérine, signalée par BASSET.

Il y a des utérus dont l'isthme, après avoir, d'abord, résisté à la dilatation, se laissent forcer brusquement, permettant à la bougie dilatatrice, si elle n'est pas re-

tenue, de s'enfoncer tout d'un coup, presque entière, dans une cavité utérine agrandie.

Dans d'autres cas, signalés par Guéniot, la paroi utérine, molle et flasque, se laisse refouler par les instruments.

Donc, qu'au cours d'une dilatation ou d'un curettage, la bougie ou la curette s'enfonce brusquement, avec ou sans ressaut, à une profondeur inquiétante, cela ne constitue pas une raison, à elle seule suffisante, pour admettre que l'utérus vient d'être perforé. Ces « fausses perforations », de BASSET, ont donné lieu à beaucoup de discussions sur l'opportunité de la laparotomie, de la colpotomie ou de l'abstention, dans les cas d'impression clinique de perforation utérine, discussion sur laquelle je ne m'attarderais pas.

Quant au traitement des perforations, là aussi, les opinions sont divergentes. Une conclusion logique est la suivante : l'intervention active, par laparotomie exploratrice, suivie ou non d'hystérectomie, si on a des doutes sur l'asepsie de l'utérus ou si on croit la brèche importante. L'abstention, avec repos et glace sur l'abdomen, me paraît tout aussi raisonnable dans les cas contraires.

B. — PAR LE FAIT QU'IL EST AVEUGLE.

1° Le curettage ne donne jamais la certitude que l'utérus est complètement vide. L'impossibilité où l'on se trouve, presque toujours, pendant les quatre premiers mois (sauf, parfois, quand on dilate avec un faisceau de lamineaires, chez des multipares), de faire une révision digitale de la cavité utérine, fait subsister l'incertitude de sa vacuité. Or, si on a laissé quelque chose dans l'utérus, ça veut dire qu'on a fait couvrir, gratuitement, à la femme, les risques du curettage.

IV. — CONSEQUENCES DU CURETTAGE

a) INFECTION.

Se produit si l'asepsie n'a pas été strictement observée, ce qui arrive dans certains cas. Elle peut être :

1° *Légère*, entraînant un certain degré de métrite dans laquelle, avec l'abrasion trop radicale de la muqueuse, il y a, peut-être, à rechercher la cause de certaines stérilités, heureusement passagères, que présentent certaines femmes après l'avortement (LAPEYRE).

2° *Grave*, entraînant tous les accidents possibles, depuis la métrite jusqu'à la septicémie ou septico-pyohémie.

b) RÉVEIL D'UNE ANNEXITE ÉTEINTE.

Une lésion annexielle, du fait du traumatisme produit par l'abaissement utérin et de la perturbation de la circulation sanguine et lymphatique, peut acquérir une gravité assez importante, alors qu'avant elle était torpide.

c) STÉNOSE DU COL.

La sténose du col après le curettage ne paraît pas du tout exceptionnelle. Elle est assez ennuyeuse, car le traitement en est des plus délicats. Cette question vient d'être soulevée par MM. RICHE et MOURGUES-MOLINE. Ainsi, en Russie, où le curettage pour provoquer l'avortement a été élevé au rang d'institution d'état, les cas sont assez fréquents. BASS, de Rostov, cite 20 cas observés par lui, dans la même année, sur le Don.

d) LA RÉTENTION LORS D'UN ACCOUCHEMENT OU D'UN
AVORTEMENT ULTÉRIEUR.

H. VIGNES affirme que la rétention placentaire lors d'un nouvel avortement ou d'un accouchement, se fait plus facilement dans un utérus antérieurement curetté.

e) LE CANCER.

HAMANT et KÆNIG démontrent que le cancer se développe plus facilement sur un utérus traumatisé par le curettage. Cela est un risque à ne pas négliger.

V. — ACCIDENTS EN DEHORS DU CURETTAGE

Par le fait qu'il fait partie des actes opératoires, le curettage présente les mêmes risques généraux que ceux-ci. Ainsi les accidents d'anesthésie, presque inexistants aujourd'hui, il est vrai, mais, toutefois, une réalité : l'inconvénient de l'alitement, etc.

Je finis ce chapitre, rappelant encore une fois que l'inocuité du curettage est loin d'être une vérité. Aussi, les paroles de J. L. FAURE : « Rien n'est plus difficile à faire comme un curettage. On ne sait jamais s'il est complet et, parfois, l'hystérectomie est, précisément, la seule façon de sauver ces malades et de constater, en même temps, l'imperfection du curettage », restent vraies.

B.== SUR L'EVACUATION SPONTANEE DE L'UTERUS

Ce que j'ai exposé, dans les chapitres précédents, correspond à l'assertion : beaucoup d'avortements évoluent sans la moindre complication et l'expulsion spontanément complète de l'œuf et des annexes est suivie de la reprise de la menstruation et parfois, très rapidement, d'une nouvelle grossesse (LAPEYRE).

Pendant les deux premiers mois, l'avortement, se faisant en bloc, la rétention est tout à fait exceptionnelle. La caduque qui sort, parfois, plus tard, sous forme de débris membraneux, ou sous forme de moule de la cavité utérine, n'est presque jamais retenue. En effet, la transformation de la caduque utérine en un milieu de culture favorable à des infections torpides, traduites ultérieurement par des accidents péri ou para-métritiques et annexielles, comme le veulent les défenseurs du curettage systématique (DE ROUVILLE et MADON), ne paraît qu'absolument exceptionnelle. De même, l'entretien, toujours par la rétention, de règles abondantes ou incessantes, de même cette rétention, comme agent d'avortement à répétition : Mais il n'y a rien à craindre d'elle, car son expulsion se fera à coup sûr.

Dans ces conditions, s'il n'y a pas eu de manœuvres intra-utérines, et s'il n'y a pas d'hémorragie inquiétante, l'intervention est au moins inutile. A l'appui de cette manière de voir, je présente deux observations typiques, en ce qui concerne l'évolution de l'avortement.

OBSERVATION I (*Personnelle*)

Jeune femme de 22 ans, nullipare. Présente un retard de règles de quinze jours.

A ce moment (emploi de folliculine?), elle commence à perdre beaucoup de sang, puis des coliques utérines s'installent, suivies bientôt de l'expulsion d'un petit œuf. Devant l'hémorragie qui ne cesse à être très abondante, on se contente de la columnisation du vagin et de l'administration d'une potion au Cl^2Ca , avec repos au lit.

Douze heures après l'expulsion de l'œuf, les coliques utérines reprennent, un gros caillot, entouré de la totalité de la caduque utérine, est éliminé.

La perte de sang continue encore pendant quelques jours, de moins en moins abondante, l'orifice du col se referme bien. Suites sans aucun incident, reprise normale de la menstruation.

OBSERVATION N° 275 (*Service de M. le Prof Lapeyre*)

Jeune femme de 23 ans, entre dans le service le 15 septembre 1933, pour hémorragie utérine intense.

Dans les antécédents, deux grossesses à terme, un avortement à quatre mois. Dernières règles le 25 juillet. Le 28 et le 29 août, petites pertes sanguines. Le 3 septembre se met de nouveau à perdre. Le 14 septembre, grosse hémorragie, avec expulsion probable de l'œuf et de la caduque, qui la décide à s'hospitaliser.

A l'examen, femme pâle, peu anémique, température 38° , ventre souple, légère douleur dans la fosse iliaque gauche.

Au toucher, col mou, orifice cervical fermé, le cul-de-sac gauche un peu empâté et douloureux.

Le 16 septembre, la température tombe, l'hémorragie s'arrête.

Traitement : glace, repos. Suites simples. La malade sort du service guérie.

Pendant le troisième et le quatrième mois, l'expulsion des annexes se fait aussi spontanément, si on sait attendre. L'opinion, devenue classique (BUDIN et TARNIER), d'après laquelle il y a rétention quand, six heures après le fœtus, les annexes ne viennent pas, paraît ne pas être vérifiée par les faits. En effet, dans ces six heures, il n'y a qu'une limite minima (LAPEYRE) des délais beaucoup plus long ayant été observés, suivis, tout aussi bien, de l'expulsion spontanée des annexes.

Ainsi, dans les avortements des troisième et quatrième mois, si on laisse un délai plus grand, 24 heures, aux possibilités d'expulsion spontanée, la rétention cesse d'être la règle, pour ne devenir plus que très fréquente (LAPEYRE). Ces faits sont prouvés par les observations suivantes :

OBSERVATION N° 289 (*Service du Prof. Lapeyre*)

Femme de 38 ans, entre dans le service le 19 août 1933, pour hémorragie utérine

Dans les antécédents, une grossesse, menée à terme, enfant mort à l'accouchement. Dernières règles le 4 juin. Le 17 août a eu un rapport brutal. Le lendemain 18 août, a fait son travail habituel, mais, dans l'après-midi, une hémorragie utérine, abondante, s'installe. Le 19 août, entre dans le service pour cette hémorragie.

Au toucher, col mou et entr'ouvert, rien dans les culs-de-sac. Repos, injection vaginale chaude.

Le 20 août, le toucher retire un gros caillot, qui entoure le placenta. Le 21 août, l'hémorragie cesse. On continue les injections chaudes. Guérison.

Dans cette observation, l'embryon a été expulsé, probablement, avant l'entrée dans le service, puisque l'examen des caillots éliminés dans le service n'a permis à décéler que la présence des annexes.

Il résulte que l'expulsion de celles-ci présente un retard d'au moins 24 heures sur l'embryon, ce qui ne l'a pas empêché de se produire

OBSERVATION N° 25 (*Clinique Baudelocque,*
in thèse Spivakoff)

Septipare de 34 ans, dernières règles du 5 au 12 octobre 1924. Grossesse normale.

Le 26 décembre, vive douleur dans le bas-ventre et vomissements alimentaires.

27 décembre : pas de pertes sanguines, mais abondamment en blanc-jaunâtre. Température : 37°8.

29 décembre : palpation abdominale douloureuse.

30 décembre, 31 décembre, 1^{er}, 2, et 3 janvier, palpation également douloureuse.

4 janvier : expulsion d'un petit fœtus de 20 gr. On donne une injection vaginale chaude à 50 degrés, à l'aniodol. Température, 38°3. Délivrance spontanée, placenta 40 gr. Suites simples.

OBSERVATION N° 905 (*Clinique Baudelocque,*
in thèse Spivakoff)

Jeune femme enceinte depuis deux mois.

Le 15 juillet 1913, expulsion du fœtus.

Le 24 juillet, température à 38°. A cette date, la malade entre dans le service.

Les 25, 26 et 27 juillet, elle présente des pertes rougeâtres, avec des débris.

Comme traitement, du sérum antistreptococcique.

Le 28 juillet, plus de pertes, utérus normal, la malade quitte le service.

M. le Professeur LAPEYRE (*Faut-il systématiquement curetter l'utérus après l'avortement ?* in Montpellier Médical, 1932), rapporte le cas d'une femme de dix-huit ans qui, examinée vingt heures après un avortement de trois mois, présentait une rétention complète du placenta, et chez laquelle, le lendemain matin, à son entrée à l'hôpital, douze heures plus tard, on a trouvé la masse placentaire descendue, aux trois-quarts, dans le vagin.

Aussi deux observations avec expulsion du placenta, trois mois après la fausse-couche.

En faveur des avantages de l'abstention, pour attendre l'évacuation et pour démontrer que celle-ci se produit réellement avec les meilleurs résultats, il y a encore la statistique présentée par W. LATZKO, de Vienne (in Société d'Obs. et Gyn. de Buenos-Aires). Celui-ci, avant 1914, faisait le curetage systématique dans les utérus en rétention et infectés. Sur 1.500 cas, il a eu 218 décès. Après 1914, il laisse la curette, ne pratique plus que l'abstention et glace. Sur une nouvelle série de 1.500 cas de rétention, il n'a plus que 159 décès, soit une différence de 60 cas en moins.

A la même Société, PERALTA RAMOS, déclare, lui aussi, ne rien faire après avortement. Même dans les cas d'hémorragie, il ne fait que des tamponnements.

Le Docteur AHUMADA a abandonné, aussi, la curette depuis 1919, sans la regretter.

Le Docteur CAVIGLIA soutient qu'il n'a même pas de curette dans son service. Tout au plus il extrait avec des pinces ce qui reste et seulement s'il y a hémorragie.

Le Docteur JUAN DE GONZALÈS déclare ne faire ni même l'examen génital dans l'avortement.

Il se contente de lire sur la « garniture », l'aspect des lochies, ne faisant, au besoin, que médication anti-infectieuse générale.

C'est peut-être un peu exagéré, mais les faits sont là.

On voit de cet exposé, que la rétention, après les six heures classiques, est loin d'être la règle. L'élimination des annexes et des caduques peut se faire même pendant quelques jours, sans aboutir à la rétention. Le délai de vingt-quatre heures apparaît, ainsi, tout à fait normal et pas du tout trop long.

D'ailleurs, PAJOT ne disait-il pas, à la Société Gynécologique, dès 1886 : « Pour prévenir l'hémorragie et l'infection dans l'avortement, ne rien faire. L'intervention, dans l'avortement, n'est pas une question d'horlogerie, ce n'est pas au bout de un, deux, trois jours au plus tard qu'il faut intervenir et extraire le placenta. L'extraction de celui-ci est subordonnée à une indication légitime et non au temps. Ne rien faire sans nécessité ».

La temporisation apparaît, ainsi, sans danger, d'autant plus qu'après avortement la rétention placentaire n'expose pas tant qu'après accouchement à l'infection, la muqueuse utérine paraissant se défendre d'une manière plus énergique que dans l'accouchement à terme.

La situation n'est plus la même si des manœuvres intra-utérines ont été pratiquées, pour provoquer l'avortement. L'œuf étant crevé, dilacéré même, la rétention devient de beaucoup plus fréquente et plus grave. Ici, le curettage systématique s'impose.

TRAITEMENT

D'après ce qu'on a vu, à propos de l'abstention et des accidents que donne l'intervention active systématique, la meilleure conduite me paraît la suivante :

a) *Avortement pur, sans manœuvres intra-utérines antérieures et sans complications.* — Abstention. Repos au lit. Laisser aux seules forces naturelles le soin d'accomplir l'avortement par l'expulsion de l'œuf qui, on a vu, sort, la plupart du temps, entier, puis, par l'expulsion de la caduque, qui viendra dans les lochies, les jours suivants, ou comme moule de la cavité utérine. Ce fait se produit à coup sûr dans les deux premiers mois, assez souvent pendant les troisième et quatrième mois.

Il y a donc tout intérêt à ne pas pénétrer dans un utérus à la recherche de celle-ci.

Le délai classique de six heures, doit être prolongé jusqu'à vingt-quatre heures, ce qui est plus raisonnable.

L'abstention doit être d'autant plus pratiquée qu'il y a des doutes que l'œuf ait été expulsé, car, dans cette situation, on ne peut jamais avoir la certitude que l'œuf ne pouvait pas continuer à se développer.

Dans ces cas donc, simplement repos au lit, avec, comme adjuvants, une injection chaude matin et soir ou glace sur l'abdomen.

b) L'expulsion de la caduque ne se produit pas, malgré l'attente. — Le temps n'est pas perdu encore, car on a l'intervention instrumentale à sa portée.

L'urgence n'existe que dans les cas, très précis, que j'exposerai plus loin. Aussi, dans la plus part des cas on peut attendre, tout en faisant une bonne dilatation avec un faisceau de laminaires. La cavité utérine est ainsi bien drainée, l'infection de celle-ci n'est plus grave.

c) Avortement sans complications mais dont on soupçonne des manœuvres intra-utérines antérieures. — La prudence commande à considérer ces cas comme compliqués et à les traiter comme tels (voir ci-après).

d) Avortement compliqué d'infection. — La mise en place d'un faisceau de laminaires, par exemple trois laminaires, numéros 12, 14 et 16, quand elle est possible, permet un drainage suffisant de la cavité pour amener une chute de la température dès le lendemain. A ce moment, grâce à la dilatation suffisante, une révision digitale de la cavité utérine, à condition qu'on puisse introduire la main dans le vagin (multiple), est fréquemment possible. Sinon, un léger curettage à la curette mousse de Walich suffit.

e) Avortement compliqué d'hémorragie grave ou de rétention hyperseptique. — Dans ces cas seuls, l'intervention immédiate, par la mise en œuvre d'un curettage classiquement conduit, trouve toute son indication.

CONCLUSIONS

I. — L'avortement est la réaction de défense de l'organisme maternel contre un œuf anormal ou devenu anormal. Tout en étant pathologique de par sa cause, il doit être considéré comme un phénomène physiologiquement capable de s'accomplir par les seules forces naturelles.

II. — L'intervention active par curettage doit être longuement étudiée, avant sa mise en œuvre, car non exempte de risques.

III. — Déterminer, avec le plus d'exactitude possible, l'étiologie de l'avortement, s'il est provoqué par des manœuvres intra-utérines, ou spontané, car la thérapeutique en dépend.

IV. — Dans les avortements spontanés des quatre premiers mois, l'abstention est la meilleure conduite à tenir, en absence de complications.

V. — Il faut laisser aux forces naturelles un délai suffisant pour effectuer l'avortement. Considérer le délai classique de six heures, pour admettre la rétention, comme un délai minima. Ne conclure à celle-ci qu'après vingt-quatre heures d'attente vaine.

VI. — Intervenir, systématiquement, par curetage évacuateur, dans les cas d'avortements suspects de manœuvres abortives intra-utérines, la plupart du temps septiques et maladroites.

VII. — Intervenir dans les cas compliqués : rétention septique, hémorragie, perforations.

VIII. — Si on intervient, porter le plus d'attention à ce que la dilatation du col soit suffisante. La main qui porte l'instrument aura d'autant plus de sensibilité, que celui-ci n'est pas enserré dans le col.

IX. — Pour paradoxal que cela puisse paraître, le traitement actif de l'avortement, hormis les cas d'hémorragie menaçante et de rétention hyperseptique, ne doit pas entrer, le plus souvent, parmi les interventions d'urgence. Ainsi, pour les cas infectés, la mise en place d'un faisceau de lamineaires permet d'attendre et de faire une intervention complète, avec l'assurance que rien ne reste plus dans l'utérus, en rendant possible la révision digitale de celui-ci.

X. — La dilatation par les bougies de Hégar doit être réservée aux cas très urgents d'hémorragie abondante ou de rétention hyperseptique.

BIBLIOGRAPHIE

- BROUARDEL. — De l'avortement, *Bruxelles médical*, 1927, 1931.
- BULLETIN de la Société d'Obstétrique et Gynécologique de Paris, 1924 à 1933.
- COLL DE CARRERA. — Avortement. Fiches de mise au point, n° 198, 199, 200 ; 1930.
- COMPTE RENDU de la Société de Chirurgie, 1924.
- DIDIER (Marcel). — Etude statistique sur 100 cas d'avortement, *Thèse Paris*, 1913.
- DUMAS (Alphonse). — Contribution à l'étude de l'avortement criminel, *Thèse Paris*, 1912.
- FABRE. — *Précis d'obstétrique*, 6^e édition, 1931.
- GAZETTE HEBDOMADAIRE des Sciences médicales de Bordeaux, 1930.
- GARIMOND. — *Traité théorique et pratique sur l'avortement*.
- GUÉNIOT (Paul). — *Thérapeutique gynécologique*, 3^e édition, J. B. Baillière.
- GYNÉCOLOGIE et OBSTÉTRIQUE, 1921, 1931.
- JEANNIN (C.). — *Précis d'accouchement*, 7^e édition, 1930.
- LAPEYRE (N.). — Faut-il systématiquement curetter l'utérus après l'avortement ? (*In Montpellier Médical*, 1932, p. 111).

MONTPELLIER MÉDICAL, 1932.

PIGEAUD (Henri). — Etude anatomique de 110 œufs humains, expulsés fermés, *Thèse Lyon*, 1926.

SPIVAKOFF. — Suites des couches dans les avortements, *Thèse Paris*, 1914.

STANOIE NICOLITCH. — Le traitement de l'avortement par le curage digital et le curettage associés, *Thèse Montpellier*, 1926.

TOURNEUX (F.). — *Précis d'embryologie humaine*, 3^e édition, 1928.

VIGNOLI (F.). — *Manuel d'embryologie humaine*, 2^e édition, 1928.

En ma qualité de Censeur
de Tour, j'ai lu la Thèse ayant
pour titre :

*Discussion sur le traitement
des avortements des quatre
premiers mois.*

par M. Georges STEFANESCU

Je pense que la Faculté peut
en permettre l'impression.

Montpellier, le 5 décembre 1933.

Le Professeur,
LAPEYRE.

Vu :

Montpellier, le 6 décembre 1933.

Le Doyen,
EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 7 décembre 1933

Le Recteur,
TAILLIART.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

